

# Komunikacja interpersonalna w zawodzie ratownika medycznego

Interpersonal communication in the work of a paramedic

Katarzyna Muszyńska

*Wyższa Szkoła Rehabilitacji*

## Streszczenie

Praca poświęcona jest zagadnieniu komunikacji interpersonalnej w zawodzie ratownika medycznego, ze szczególnym uwzględnieniem komunikacji między członkami zespołu, a także komunikacji między ratownikiem medycznym a pacjentem. Ratownik medyczny w swojej codziennej pracy spotyka się z koniecznością przekazania niepomyślnych wiadomości o stanie zdrowia pacjenta lub członka jego rodziny. Komunikacja jest procesem niezbędnym dla poprawnego funkcjonowania społeczeństwa. Właściwa komunikacja pomiędzy pacjentem a pracownikiem medycznym jest ważnym elementem systemu opieki zdrowotnej, gdyż od jej jakości zależy skuteczność procesu terapeutycznego. Proces kształtowania się relacji międzyludzkich jest niezwykle złożony. Postępowanie według schematu zasad skutecznej komunikacji daje możliwość skutecznego porozumienia. Specyficznym rodzajem komunikacji jest komunikacja terapeutyczna z pacjentem. Ważną kwestią są bariery w komunikacji oraz problemy natury kulturowej lub niepełnosprawności osób komunikujących się.

**Słowa kluczowe:** Komunikacja interpersonalna, komunikacja, zespół ratownictwa medycznego, ratownik medyczny

## Abstract

The following work is dedicated to the subject of an interpersonal communication in the work of a paramedic, taking particular consideration on the communication between the team members and the communication between a paramedic and a patient. In their everyday work paramedics encounter the situation when they need to communicate a bad news about a patient's condition to the patients of their family members. Communication is a process that is necessary for the proper functioning of the society. The appropriate communication between a patient and the member of medical help is an important element of the healthcare system as the efficiency of the therapeutic process depends on the quality of the above-mentioned communication. The process of establishing interpersonal relation is extremely complex. Acting on the basis of the effective communication principles gives the chance for the effective agreement. A therapeutic communication with a patient is a specific type of communication. Communication barriers and problems of a cultural nature or disability of the people communicating with one another are an important issue.

**Key words:** Interpersonal communication, communication, emergency medical team, paramedic

---

Katarzyna Muszyńska

## Czym jest komunikacja interpersonalna?

Według definicji „*jest to podejmowanie w określonym kontekście wymiany werbalnych i pozawerbalnych sygnałów w celu osiągnięcia lepszego poziomu współdziałania lub pogłębiania więzi międzyludzkich*” [9]. Istnieje sporo różnych klasyfikacji aktów będących składnikami procesu komunikacji, bazujących na filozoficznej teorii J. Austina i J. Searle’a. W Polsce problemem komunikacji interpersonalnej zajmowali się m.in. Z. Nęcki i A. Awdiejew. Akty komunikacyjne dzielą oni na pragmatyczne (zapewniające koordynację różnych działań), metakomunikacyjne (służące ustaleniu reguł sprawnej komunikacji), informacyjne i ewaluacyjne [1,13]. **Akty komunikacyjne pragmatyczne** dotyczą działań krótkoterminowych, wpływających bezpośrednio i na bieżąco na stan otoczenia. Wśród aktów pragmatycznych wyróżnia się następujące typy: propozycje, rady, prośby, żądania, obietnice, zgody i odmowy. **Akty komunikacyjne informacyjne** to wymiana informacji oraz ewaluacyjne (uzgodnienie ocen) dotyczą działań długoterminowych, z których później mogą wyniknąć działania krótkoterminowe [13]. **Na komunikację interpersonalną** mogą wpływać (wg Nęckiego i Awdiejewa) 4 konteksty:

- Kontekst semantyczny, to wszystkie akty komunikacji poprzedzające lub współistniejące z aktem komunikacji, który podlega badaniu; ważne jest uwzględnienie oprócz komunikacji werbalnej (słownej), także niewerbalnej (np. mimika, ton głosu, postawa ciała, oddalenie od partnera rozmowy itd.); ta ostatnia ujawnia lepiej nieświadome postawy partnerów komunikacji.
- Kontekst interpersonalny to relacje, jakie łączą partnerów komunikacji; przede wszystkim wzajemne nastawienie emocjonalne oraz panujące między nimi relacje władzy i podporządkowania (np. rodzic i dziecko).
- Kontekst zadaniowy to aktywności, w które uwikłana jest komunikacja (np. praca, handel, walka, nauczanie, zabawa itd.).
- Kontekst kulturowy to wspólnota doświadczeń pozajęzykowych komunikujących się osób bądź jej brak [9].

**Zakłóceniami w procesie komunikacji** zajmują się m.in. przedstawiciele tzw. analizy konwersacyjnej. Mogą one wynikać z trzech rodzajów przyczyn.

- Jedną z nich może być treść aktu komunikacji. Komunikację utrudniają tutaj np. niezgodność ocen bądź obrazu świata.
- Inną przyczyną może być zła organizacja procesu komunikacji. Wyróżnia się lokalną i globalną organizację konwersacji. Podstawą lokalnej organizacji jest para dostosowana, czyli sekwencja składająca się z wypowiedzi jednego z partnerów i reakcji na nią drugiego. Brak tej reakcji bądź reakcja niedostateczna zakłócają komunikację. Globalna organizacja polega na podziale konwersacji na fazę otwarcia, rozwinięcia — wprowadzenia tematu — i zamknięcia. Brak jednej z tych faz bądź jej zniekształcenie prowadzi do zakłóceń komunikacji.
- Trzecią przyczyną zakłóceń może być poziom zaangażowania indywidualnego partnerów konwersacji. Używa się tutaj pojęcia wkładu konwersacyjnego; gdy wkład któregoś z partnerów jest zbyt duży (np. gadatliwość) lub zbyt mały (np. małomówność), to zakłóca to komunikację [9].

## Komunikacja terapeutyczna, jako specyficzna forma komunikacji pomiędzy pacjentem a ratownikiem medycznym

**Komunikacja terapeutyczna** to pojęcie, które w wąskim rozumieniu oznacza rodzaj oddziaływań psychologicznych stosowanych wobec pacjenta w sytuacji choroby nie tylko przez psychologów, ale przez cały personel medyczny. Istotne jest odróżnienie takich działań od specyficznej i specjalistycznej formy pomocy jaką jest psychoterapia. Komunikacja terapeutyczna stanowi integralny element wspomagający proces leczniczy i jest bliska pojęciu psychoterapii wspierającej, nie jest jednak samodzielną metodą terapeutyczną [12].

Komunikacja terapeutyczna odbywa się w sytuacji specyficznej, kiedy mamy do czynienia

z chorym człowiekiem, pacjentem, a więc jego reakcje i zachowania determinowane są przez wiele czynników, które można określić jako stresowe. Wpływać to może zarówno na proces przyswajania informacji jak i reagowania na nie. M. Motyka zwraca uwagę na trzy podstawowe cele takiej komunikacji:

- łagodzenie stresu związanego z chorobą,
- wzmacnianie sił obronnych psychiki (wzmacnianie zasobów osobistych pacjenta),
- poprawa współpracy z pacjentem [11].

Bardzo ważną kwestią jest terapeutyczna relacja z pacjentem. Wytworzenie pozytywnych emocjonalnych relacji z pacjentem jest niezbędne dla uzyskania konkretnych celów terapeutycznych. Pracownicy medyczni powinni posiadać dwie ważne umiejętności: empatię i asertywność.

Dzięki **empatii** personel medyczny jest w stanie lepiej poznać sytuację, w jakiej znalazł się pacjent. Pacjent może zachowywać się w sposób skrajnie irracjonalny w wyniku stresu wywołanego nagłym zdarzeniem, takim jak np. wypadek lub uzyskania informacji o rozpoznaniu u niego groźnej choroby. Empatia pozwala uspokoić pacjenta i przekonać go, że rozumiemy trudną sytuację w jakiej się znalazł, a także stworzyć poczucie bezpieczeństwa, upewnić go, że otrzyma profesjonalną pomoc. Empatia jest także pomocna podczas zbierania wywiadu i uzyskania informacji decydujących o sposobie dalszego postępowania. Ważną formą okazywania empatii jest np. aktywne słuchanie.

**Asertywność** to ustalenie granic i reguł koniecznych dla opanowania często chaotycznej sytuacji. Polega na przejęciu kontroli nad zachowaniem pacjenta i wyznaczeniu granic jego aktywności, które pozwalają na sprawne udzielenia pomocy i szybkie wdrożenie niezbędnego leczenia.

Ważnym elementem komunikacji terapeutycznej jest **wykorzystanie zasobów osobistych pacjenta**, czyli cech pomagających radzić sobie w sytuacji choroby i leczenia. Wśród nich szczególnie ważne są:

- poczucie wewnętrznej siły (wewnętrzne oparcie się na samym sobie, poczucie własnej wartości, poczucie własnej skuteczności i poczucie kontroli),

- poczucie wsparcia (kontakt z innymi osobami, otrzymanie wsparcia płynącego z zewnątrz),
- poczucie sensu życia, poczucie humoru, autoekspresji i motywacji do wyleczenia [11].

Sposoby komunikacji terapeutycznej podlegają oczywiście takim samym regułom, jak każda inna forma komunikacji międzyludzkiej. Najogólniej można podzielić je na komunikację werbalną i niewerbalną.

Rola ratownika medycznego w komunikacji interpersonalnej z pacjentem polega na:

- dostrojeniu się do potrzeb pacjenta, budowaniu z nim relacji terapeutycznych, oraz towarzyszeniu mu (bycie blisko pacjenta),
- wspieraniu pacjenta w trudnych momentach,
- wywieraniu pozytywnego wpływu na samopoczucie pacjenta.

Budowanie pozytywnej relacji z pacjentem w ramach komunikacji terapeutycznej wpływa na podniesienie jakości sprawowanej opieki medycznej oraz jej skuteczność. Jak wynika z raportów Rzeczników Praw Pacjenta, większy odsetek skarg pacjentów wynika ze złej komunikacji z personelem medycznym niż z błędów medycznych [10].

## Ogólne zasady komunikacji pomiędzy pacjentem a personelem medycznym

Sytuacja pacjenta oraz jego podmiotowość na przestrzeni wieków uległa przeobrażeniom. Zmienił się stosunek personelu medycznego do pacjenta, jego praw i potrzeb. W lecznictwie do drugiej połowy XX wieku dominował model paternalistyczny, który zakładał w relacjach z pacjentem całkowitą dominację lekarza. Pacjent miał niewiele do powiedzenia, nie miał praw, nie miał też wpływu na proces leczenia [18]. Obecnie odchodzi się od takiego sposobu myślenia i zgodnie z nową filozoficzną koncepcją pojmowania jednostki, bliższy staje się model partnerski. W tym modelu komunikacja interpersonalna między pacjentem a personelem medycznym wprowadza dwie podstawowe wartości: prawo do informacji i prawo do wyrażenia zgody na proponowane przez personel medyczny procedury. Pacjent nie jest już biernym

Katarzyna Muszyńska

obiektem badań, ale bierze czynny udział w procesie swojego leczenia. Po raz pierwszy ustanowiono takie prawa w Stanach Zjednoczonych, gdzie w roku 1973 – Amerykańskie Towarzystwo Szpitalnictwa uchwaliło Prawa Pacjentów (Bill of Rights) [14]. Również w Polsce pojawiło się szereg uregulowań prawnych, których celem jest respektowanie praw pacjenta i poszanowanie jego autonomii wyrażającej się w prawie do informacji, prawie do wyboru metody leczenia, prawie do wyrażania zgody lub odmowie na wykonywanie zabiegów leczniczych lub ich zakresie, poszanowania godności pacjenta [7]. W przypadku pacjentów małoletnich lub takich, którzy nie są w stanie sami decydować o swoim losie prawo przewiduje zgodę prawnych opiekunów lub najbliższej rodziny. Pacjenci mają prawo do konsultacji z innymi lekarzami oraz do kontaktów z osobami duchownymi. Pacjent ma także prawo do informacji o ewentualnych błędach popełnionych w procesie jego leczenia oraz do fachowej pomocy w naprawianiu ich skutków.

Ustawa o zawodzie lekarza w art. 35 reguluje również sytuację kiedy leczeniem objęty jest pacjent nieprzytomny. W takich sytuacjach lekarz może dokonać zmiany sposobu leczenia ponieważ priorytetem staje się ratowanie życia [17]. Obecnie w Polsce istnieje także szereg przepisów chroniących informację o stanie zdrowia oraz zakresu osób, którym mogą one być udzielane. Informacja o stanie zdrowia jest chroniona prawnie. Pacjent może wyrazić zgodę na udzielanie informacji tym osobom, które wskaże w odpowiednim formularzu. Podobne wytyczne odnoszą się do opieki nad chorym w stanie wegetatywnym. Ustawa pozwala na podejmowanie odpowiednich działań ale po konsultacji z innym specjalistą oraz z opiekunami prawnymi pacjenta. Na prawa pacjenta można patrzeć od strony prawnej, ale osoby pracujące w zawodach medycznych muszą często podejmować decyzje w zgodzie z własnym sumieniem i kodeksem etyczno-moralnym. T. Brzeziński zwraca uwagę na to, że często „dobro” pacjenta nie jest sprawą jednoznaczną zwłaszcza w przypadku konfliktów kulturowych czy religijnych (przetaczanie krwi w celu ratowania życia świadkom Jehowy) [4]. W związku z rozwojem transplantologii pojawił

się także problem zgody na pobieranie narządów do przeszczepu. Konieczność uzyskania zgody dawcy na przeszczep narządów reguluje Ustawa z 1995 roku o przeszczepianiu komórek i tkanek ze zwłok [16].

W niektórych krajach europejskich pacjent wypełnia oświadczenie woli i wyraża w nim zgodę na pobranie narządów co sprawia, że staje się wolny w decyzji od ingerencji rodziny. W działaniach medycznych pojawia się wiele sytuacji trudnych i niejednoznacznych pod względem etycznym, a ich podjęcie nakłada na barki pracowników medycznych dużą odpowiedzialność. Często wpływa to obciążająco na psychikę i nie ulega wątpliwości, że pracownicy tacy powinni również być otoczeni wsparciem psychologicznym w miejscu pracy.

### **Przekazywanie niekorzystnych informacji o stanie zdrowia w komunikacji interpersonalnej w zawodach medycznych. Jak przekazywać niepomyślne wiadomości – protokół SPIKES**

Ratownik medyczny w swojej codziennej pracy spotyka się z koniecznością przekazania niepomyślnych wiadomości o stanie zdrowia pacjenta lub członka jego rodziny. Stanowi to duże wyzwanie i nie jest sprawą łatwą. Wśród lekarzy najczęściej złe wieści przekazują onkolodzy, ale oczywiście każda grupa medyków spotka się z taką sytuacją w życiu zawodowym. Jako przykład opiszę zdarzenie, które było udziałem autorki pracy. Zespół ratownictwa medycznego został wezwany do pacjentki z zaawansowaną postacią raka trzustki, u której pojawiły się niepokojące rodzinę kłopoty z oddychaniem. Na miejscu zastano skrajnie wyniszczoną kobietę, z ograniczonym kontaktem, cierpiącą z powodu silnych dolegliwości bólowych. Stwierdzono stan agonalny w przebiegu zaawansowanej, rozsianej choroby nowotworowej. Ponieważ rodzina nalegała na zabranie chorej do szpitala, kierownik zespołu zaproponował przedyskutowanie problemu. W spotkaniu, które odbyło się w sąsied-

nim pokoju wzięło udział kilka osób, w tym córki i zięciowie, którzy bardzo emocjonalnie reagowali na sytuację. Spokojnie, ale rzeczowo wytłumaczono, że są to ostatnie godziny życia kobiety i umieranie w szpitalu w obcym środowisku, wśród obcych ludzi z dala od kochającej rodziny będzie dla niej olbrzymim stresem. Wspólnie ustalono, że w tej sytuacji optymalnym rozwiązaniem będzie złączenie dolegliwości bólowych i pozostawienie jej w gronie kochających osób. Pacjentce została podana morfina. Pacjentka była świadoma swojego stanu, a zespół bardzo chciał jej pomóc.

W trudnych sytuacjach komunikacja interpersonalna obejmuje dwa ważne aspekty: kontakt z pacjentem i z rodziną. Często reakcje zarówno pacjenta, jak i rodziny są nieprzewidywalne, towarzyszy im duży stres a sytuacja jest skomplikowana. Opracowano narzędzia, które pomagają medykom radzić sobie w sposób profesjonalny w takich przypadkach. Jednym z nich jest protokół **SPIKES**, którego nazwa jest akronimem poszczególnych etapów przekazywania niepomyślnych wiadomości:

- **S** (*setting*) – odpowiednie otoczenie,
- **P** (*perception*) – poznanie stanu wiedzy pacjenta dotyczącej jego choroby,
- **I** (*invitation*) – zaproszenie do rozmowy,
- **K** (*knowledge*) – przekazanie niepomyślniej wiadomości,
- **E** (*emotions and empathy*) – emocje i empatia,
- **S** (*strategy and summary*) – strategia i podsumowanie [2].

Wszystkie elementy odgrywają niezwykle ważną rolę podczas bezpiecznego i stopniowego przekazywania pacjentowi i jego rodzinie niepomyślnych wiadomości dotyczących stanu zdrowia pacjenta. Bardzo ważny jest wybór i odpowiednie przygotowanie miejsca, w którym zamierzamy odbyć rozmowę z pacjentem. Musi to być miejsce spokojne, tak aby nikt nie przeszkadzał w prowadzeniu rozmowy, osoby zainteresowane powinny wygodnie siedzieć, musi być zapewniony kontakt wzrokowy, telefony powinny być wyłączone. Należy ustalić kto z bliskich pacjenta będzie uczestniczył w rozmowie. Przed spotkaniem należy zapoznać się z dokumentacją medyczną

chorego, aby w pierwszej fazie rozmowy zorientować się o stanie jego wiedzy na temat swojego zdrowia. Należy również upewnić się, jak szczegółowych informacji oczekuje pacjent, można zapytać: „Czy chciałby Pan poznać szczegóły diagnozy?” W dalszej części rozmowy należy przekazać niepomyślną informację posługując się zrozumiałym dla pacjenta językiem, wystrzegając się określeń medycznych i żargonowych. Należy upewnić się, czy pacjent zrozumiał przekazane informacje. To bardzo trudny moment rozmowy, może pojawić się wiele emocji i trudnych chwil zarówno dla pacjenta, jak i medyka. Trzeba być przygotowanym na skrajne zachowania i odpowiednio reagować na nie okazując zrozumienie, empatię i pozwalając na zadawanie pytań. Nie należy się spieszyć i trzeba dać pacjentowi czas na uporanie się ze złymi wiadomościami. Elementem kończącym spotkanie jest przedstawienie planu dalszego działania i podsumowanie spotkania.

## Problemy w komunikacji, bariery i błędy

Komunikacja jest procesem niezbędnym dla poprawnego funkcjonowania społeczeństwa. Jest ona wręcz przejawem egzystencji. Istnienie zawiera w sobie komunikację jako immanentną jej cechę, dlatego tak ważna jest jej jakość i efektywność w życiu. Wszystko co wyrażamy za pomocą komunikacji werbalnej czy niewerbalnej jest formą ekspresji pewnych komunikatów kierowanych do różnych odbiorców. Nasze relacje zawodowe zarówno w zakresie komunikacji z pacjentem, jak komunikacji między członkami zespołu nie są od tych prawideł oderwane. Wysyłamy zatem jakiś komunikat, jesteśmy nadawcą pewnych informacji. Mimika, gesty, sposób ubierania się, kreowania swojego otoczenia jest komunikatem niewerbalnym. Do tego dochodzi sfera werbalna czyli wypowiedane przez nas słowa, ich forma, ilość, ich właściwy dobór, bogactwo treści. Cały ten komunikat dociera do odbiorcy. Zanim jednak do niego dotrze może ulec niekształceniu. Wady wymowy, choroby, niedyspozycja nadawcy lub odbiorcy, różnice kulturowe,

Katarzyna Muszyńska

społeczne, głośne środowisko, sytuacja i wiele innych czynników może sprawić, że komunikat zostanie zniekształcony. Istotny jest też kod, czyli najogólniej mówiąc forma przekazania informacji [8].

## Bariery w procesie komunikacji interpersonalnej

W procesie komunikacji interpersonalnej w umyśle nadawcy musi pojawić się jakaś myśl, którą następnie po „zakodowaniu” przekazuje odbiorcy. Ten z kolei po „zdekodowaniu” komunikatu, wyraża reakcję zwrotną stając się automatycznie nadawcą, po czym proces, jak w systemie naczyń połączonych wraca do punktu wyjścia. Komunikacja interpersonalna jest więc procesem ciągłym, w którym role nadawcy i odbiorcy przeplatają się. Proces kodowania i dekodowania informacji polega na nadawaniu komunikatowi określonej formy werbalnej lub niewerbalnej oraz dokonaniu interpretacji jego treści przez odbiorcę [8]. Na fakt czy komunikat zostanie skutecznie przekazany ma wpływ jakość komunikacji. W procesie tym mogą pojawić się różnego rodzaju czynniki zniekształcające. Wśród najczęstszych wymienić można różnice kulturowe, brak lub zdolność do empatii, bariery percepcyjne, stereotypy, wybiórczość uwagi, samopoczucie.

## Różnice kulturowe

Nasze pochodzenie, pozycja społeczna i kulturowa, poziom edukacji, profil wykształcenia mają istotny wpływ na kształt komunikacji interpersonalnej. Szczególnie wyraźnie widać je w komunikacji niewerbalnej w ekspresji emocji, utrzymywaniem dystansu fizycznego, patrzeniu w oczy, kontakcie dotykowym. Empatia może mieć istotny wpływ na kontakt z pacjentem, gdyż umiejętność wyjścia poza swoją egocentryczną wizję świata może ułatwić a jej brak utrudnić kontakt z pacjentem. Bariery percepcyjne to głównie zaburzenia w obrębie narządów zmysłów szczególnie wzroku i słuchu a także w artykulacji [8]. W takich przypadkach mamy

często do czynienia z pacjentami o różnym stopniu i rodzaju niepełnosprawności. Przydaje się wtedy dodatkowa wiedza i umiejętności z zakresu np. posługiwania się językiem migowym, czy postępowania z pacjentami ze spektrum autyzmu.

**Stereotypy** w bardzo istotny sposób mogą wpływać na nasze postrzeganie innych ludzi w tym naszych pacjentów. Ważną rolę w tym procesie odgrywają atrybuty przypisywane pozycji społecznej (dobre, markowe ubrania, akcesoria), wykształceniu (tytuły naukowe), strój służbowy (mundur, sutanna, garnitur), które wzbudzają autorytet. Mogą one sprawiać, że ze społecznego punktu widzenia takie osoby wzbudzają większe zaufanie, są bardziej wiarygodni a zatem mogą wywierać większy wpływ na innych ludzi. Bardzo często takie postrzeganie osoby jest złudne ponieważ niewiele mówi nam faktycznie o człowieku. Stereotypy kryją w sobie pułapkę postrzegania „na skróty” i mogą fałszować rzeczywistość, obraz sytuacji czy zdarzenia [8].

Bardzo ważnym aspektem zdaje się być również **wybiórczość uwagi** czyli koncentrowanie się tylko na części wypowiedzi, przekazu, sytuacji przez co do świadomości odbiorcy nie dociera cały komunikat a tylko jego część, co może wpłynąć na zniekształcenie lub zafałszowanie jego treści. Problem ten jest istotny w aspekcie pracy ratownika medycznego i jego relacji z pacjentem ponieważ czynnikiem zakłócającym jest stres. To właśnie w sytuacji stresu dochodzi często do zaburzenia procesów poznawczych: postrzegania, myślenia, pamięci, koncentracji. Często w takich momentach dochodzi do tzw. efektu „widzenia tunelowego” – zawężenia percepcji jedynie do wąskiego postrzegania sytuacji, zdarzenia. *„Pod wpływem negatywnych emocji – złości, gniewu, żalu, strachu – człowiek dostrzega jedynie to, co znajduje się na pierwszym planie. Pozostałe szczegóły znajdują się poza polem widzenia”* [8]. W sytuacji silnego stresu może dojść do zaburzenia pamięci, odtworzenia przebiegu zdarzenia, wymienienia uczestników, czy nawet roli samego poszkodowanego. *„W skrajnych przypadkach silne emocje powodują problemy z podejmowaniem decyzji, osłabiają funkcje myślenia, powodują nieadekwatną ocenę własnych możliwości,*

„obezwładniają lub paraliżują” [8]. W literaturze napotkać można defekt funkcji percepcji zwanym „efektem skupienia na broni” – polega on na tym, że ofiary np. napadu z bronią koncentrują się maksymalnie na broni lub narzędziu przestępstwa a zupełnie nie są w stanie podać rysopisu sprawcy czy innych istotnych szczegółów. „co ciekawe, im bardziej nietypowe połączenie napastnik–broń tym większa koncentracja uwagi na tym elemencie a gorsze zapamiętywanie innych detali” [8].

## Rola komunikacji interpersonalnej w procesie leczenia. Empatia jako klucz do zrozumienia potrzeb pacjenta

„Empatia to zdolność do postrzegania świata w sposób, w jaki widzą go inni a także rozumienia ich reakcji na własne doświadczenia. Empatia polega również na umiejętności precyzyjnego komunikowania tego zrozumienia drugiej osobie” [6]. Czy empatyczne podejście personelu medycznego może mieć pozytywny wpływ na pacjenta? W literaturze dotyczącej komunikacji interpersonalnej istnieje szereg przykładów na dobroczynne rezultaty podejścia empatycznego. Jeżeli pacjent odnosi wrażenie, że ratownik medyczny rozumie jego sytuację, położenie, stan emocjonalny to prawdopodobnie będzie mu ufał i podda się koniecznym w tej sytuacji procedurom leczniczym. Ważnym elementem postawy empatycznej jest umiejętność aktywnego słuchania oraz umiejętność powstrzymania się od oceny. Wyobraźmy sobie sytuację, w której pacjent wzywa ZRM ponieważ źle się poczuł. Pacjent jest otyły, pali papierosy i prowadzi niehigieniczny tryb życia. Dla członków zespołu ratownictwa medycznego oczywistym jest, że dolegliwości odczuwane przez pacjenta mogą być związane ze stylem jego życia, ale taka sugestia sprawi, że poczuje się on zawstydzony i może zataić w trakcie zbierania wywiadu medycznego ważne informacje. Dlatego nie jest zadaniem ratowników oceniać styl życia pacjenta, ale udzielić mu prawidłowej i profesjonalnej pomocy.

## Pomoc psychologiczna jako podstawowy aspekt komunikacji interpersonalnej

Właściwa komunikacja pomiędzy pacjentem a pracownikiem medycznej jest ważnym elementem systemu opieki zdrowotnej, gdyż od jej jakości zależy skuteczność procesu terapeutycznego. Obecnie pacjenci mają szeroki dostęp do informacji za pośrednictwem Internetu, a także innych mediów w których prowadzi się kąciki porad medycznych. Może to stanowić spory problem dla pracowników medycznych, gdyż wiele z przekazywanych tam informacji jest błędnych, nie są oparte na rzetelnych badaniach, a w rezultacie mogą być szkodliwe.

Słowa i komunikacja werbalna są podstawowymi nośnikami informacji w kontaktach międzyludzkich, w tym także w relacji pacjent – ratownik medyczny. Nie są one często jednak nośnikiem jednoznacznej informacji. Ich przekaz uzależniony jest od wielu innych czynników jak kontekst, a także komunikaty pozawerbalne jak mimika twarzy, intonacja głosu, spojrzenie. W procesie przekazywania informacji biorą udział trzy najważniejsze czynniki nadawca, czyli osoba, która przesyła określoną informację, odbiorca czyli osoba, do której informacja jest kierowana i kod czyli sposób przekazu tej informacji – obraz, gest słowo. Muszą też istnieć trzy ogniwa: aktywne słuchanie, słowne przekazywanie informacji i sygnały niewerbalne (gesty, mimika, ton, układ ciała, organizacja przestrzeni) [15].

Bardzo istotnym elementem komunikacji interpersonalnej w pracy ratownika medycznego jest udzielanie wsparcia psychologicznego ofiarom wypadków i poszkodowanym. Pacjenci w sytuacji kryzysowej potrzebują odpowiedniego podejścia i specyficznego traktowania. Wymaga to od ratowników medycznych szczególnych umiejętności nabytych podczas szkoleń, a także wynikających z ich dotychczasowych doświadczeń, ale także uruchomienia z osobistych zasobów takich cechy charakteru jak: nastawienie, nastrój czy świadomość. Ważnymi cechami podczas udzielania pierwszej pomocy

Katarzyna Muszyńska

ratowniczej i psychologicznej, które można uważać za podstawowe umiejętności niezbędne do nawiązania więzi są: empatia i szacunek w połączeniu z rzeczowością i natychmiastowym działaniem [15].

Można podchodzić do pacjenta w sposób bardzo profesjonalny, wypełniając swoje obowiązki zgodnie z zasadami postępowania w danym przypadku, ale gdy odbywa się to bez dbałości o sferę psychologiczną ratownik jest postrzegany jako osoba bezduszna, postępująca mechanicznie. Ratownik popełniający błędy w komunikacji interpersonalnej sprawia wrażenie osoby zestresowanej i niekompetentnej.

Podstawą skuteczności w działaniu jest zachowanie spójności czyli autentyzmu w komunikacji między profesjonalistą a pacjentem [15]. Dotyczy to sposobu kontaktu profesjonalisty z pacjentem bez wymuszonych postaw, sztucznego i wymuszonego sposobu bycia imitującego zaangażowanie lub zainteresowanie pacjentem. Chodzi o zachowanie harmonii między działaniem w zakresie procedur i fachowej wiedzy, a sposobem jej wykorzystania dla dobra jednostki w najlepszy sposób a więc również umiejętności zaskarżenia sobie zaufania pacjenta i jego współpracy. W takich relacjach często ważne jest aby umieć spojrzeć na sytuację bez własnych uprzedzeń i systemów myślowych, które mogą wpłynąć na naszą ocenę pacjenta lub nawet uniemożliwić nam jego skuteczne leczenie i stu procentowe zaangażowanie w ten proces [15].

## Komunikacja w Zespole Ratownictwa Medycznego jako ważny element akcji ratunkowej

Zespół ratownictwa medycznego to grupa ludzi działających ze sobą w ściśle określony sposób, w określonym celu. Jednym aspektem udanej komunikacji interpersonalnej w zespole jest profesjonalne przygotowanie jego członków do wykonywanego zawodu, ich edukacja, poziom wykształcenia i doświadczenia zawodowego. Drugim jest kontakt pomiędzy członkami zespołu, poziom ich komunikacji interpersonalnej, zgranie, a także

wzajemna sympatia i zaufanie. Komunikacja między ludźmi polega na przekazywaniu i odbieraniu informacji i jest ona kluczowym elementem umożliwiającym sprawną i prawidłową pracę zespołową. W procesie komunikowania istotne są odpowiedzi na cztery:

- **Co** zawiera informacja przekazywana,
- **Jak** jest prowadzona komunikacja,
- **Dlaczego** prowadzona jest komunikacja,
- **Kto** z kim się komunikuje [5].

Jak bardzo ważna jest to umiejętność pokazują analizy zdarzeń niepożądanych do których często dochodzi właśnie w wyniku problemów związanych z komunikacją. Problemy związane z komunikacją mogą powstawać na różnych etapach konstruowania, przekazywania i interpretacji wiadomości. Nie bez powodu w pracach dotyczących komunikacji przywoływany jest schemat postępowania:

- Pomyślane nie znaczy powiedziane.
- Powiedziane nie znaczy usłyszane.
- Usłyszane nie znaczy zrozumiane.
- Zrozumiane nie znaczy zaakceptowane.
- Zaakceptowane nie znaczy zapamiętane.
- Zapamiętane nie znaczy wykonane [5].

Ważne podczas pracy w zespole, szczególnie odnosi się to specyfiki pracy w zespołach kryzysowych, ratowniczych, szybkiego reagowania, aby komunikacja nie była jednokierunkowa. Jeśli pozostanie jednokierunkowa jest obciążona dużym ryzykiem błędu ponieważ tworzy się wtedy efekt tzw. „*głuchego telefonu*” – czyli powstaje ryzyko, że komunikat ulegnie deformacji. Dlatego w czasie realizacji istotnych procedur, obciążonych dużym ryzykiem obowiązuje prowadzenie komunikacji dwukierunkowej, w tak zwanej „*pętli komunikacyjnej*”. Wymusza ona mentalne powiązanie pomiędzy nadawcą informacji i jej odbiorcą dzięki temu, że osoba odbierająca informację powtarza ją sygnalizując jej odbiór i zrozumienie. Przykład: kierownik zespołu mówi „*Proszę podać dożylnie 1 mg adrenaliny*”, członek zespołu odpowiada: „*Tak, podaję dożylnie 1 mg adrenaliny*”. Taki sposób komunikacji zajmuje nieco więcej czasu, ale pozwala uniknąć błędów i zapewnia bezpieczeństwo [5].



## Rola lidera w Zespole Ratownictwa Medycznego

W kontekście dobrej komunikacji interpersonalnej w zawodzie ratownika medycznego należy również na koniec rozważyć kwestię zespołu ratownictwa medycznego jako konkretnego środowiska pracy. Jest nim najczęściej zespół 3 lub 2 osobowy, składający się z osób o ściśle określonych kompetencjach i funkcjach w zakresie tego zespołu. W każdym zespole jest lider, teoretycznie za lidera obiera się kierownika zespołu jako, że sprawuje on daną funkcję. Lider to ten, za którym się podąża, który inspiruje, który swoją postawą jest w stanie kreować wzorce postępowania dla pozostałych członków zespołu, i za którym zespół podąży w momencie kryzysowym. Lider powinien spełniać pewne warunki, prezentować pewne postawy i cechy charakteru od niego w dużej mierze zależy bowiem skuteczność komunikacji w zespole, a co za tym idzie skuteczność akcji ratunkowej. Istnieje kilka modeli postępowania, według których lider może przewodzić grupie. Trzy rodzaje stylu klasycznego to:

1. autorytarny,
2. demokratyczny,
3. nieinterwencyjny [3].

Pierwszy styl zarządzania wiąże się z przeliczeniem ciężaru decyzji ale i odpowiedzialności na lidera. Lider wybiera drogę samodzielnego podejmowania decyzji, poza opinią zespołu.

Drugi polega na akceptowaniu propozycji członków zespołu, poddawanie ich dyskusji a nawet głosowaniu nad konkretnymi rozwiązaniami lub metodą postępowania. W ostatnim modelu lider wybiera politykę nie interweniowania, politykę wolnej ręki. Każdy będzie kierował się w wyborze sposobu pracy w grupie wrodzonymi predyspozycjami i umiejętnościami. Skuteczni liderzy potrafią tak sprawnie rozumieć i kierować dynamiką współpracy i komunikacji między członkami zespołu, że płynnie przechodzą od modelu do modelu wypracowując najbardziej adekwatną do sytuacji metodę działania.

## Podsumowania

Sztuka porozumiewania się towarzyszy człowiekowi przez całe życie. Komunikacja interpersonalna w zawodzie ratownika medycznego jest jednym z najważniejszych elementów pracy. To niezwykle złożony proces. Ratownik medyczny musi dbać o komunikację w zespole ratowniczym, jak również z pacjentem i rodziną. Skuteczna wymiana informacji z drugą osobą jest niezwykle ważna na każdym etapie pracy i współpracy. Nie jest to zawsze łatwe zadanie, biorą pod uwagę niezwykle trudne sytuacje życiowe. Przekazywanie niepomysłnych wiadomości to ogromna odpowiedzialność. Proces ten wymaga odpowiedniego przygotowania i nie może być prowadzony chaotycznie.

## Piśmiennictwo

1. Adler R, Rosenfeld LB, Russell F, Proctor RF. Relacje interpersonalne. Proces porozumiewania się. Poznań: Rebis; 2007.
2. Banaszak B. Wsparcie psychologiczne. S-P-I-K-E-S – praktyczna pomoc w trakcie przekazywania niepomysłnych informacji. <http://fundacjaprometeusz.pl/wsparcie-psychologiczne/s-p-i-k-e-s-praktyczna-pomoc-w-takiej-przekazywania-niepomyslnych-informacji/> [dostęp 18.04.2019].
3. Bojar E, Rakowska A, Zarębska A, Bojar M. Przywództwo w zarządzaniu rozwojem lokalnym. Białystok: Białostocka Fundacja Kształcenia Kadr; 2010: 42.
4. Brzeziński T. Etyka lekarska. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011.
5. Cebula G. Wykorzystanie umiejętności nietechnicznych podczas zarządzania zespołem w sytuacjach kryzysowych. W: Torres A, Kański A. [red.]. Lublin: Grafpol Agnieszka Blicharz-Krupińska; 2018:109–121.

Katarzyna Muszyńska

---

6. Hetherington A. Wsparcie psychologiczne w służbach ratowniczych. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2004.
7. Jacek A, Ożóg K. Przestrzeganie praw pacjenta przez personel medyczny. *Hygeia Public Health* 2012;47(3): 264–271.
8. Kliszcz J. Psychologia w ratownictwie. Warszawa: Difin; 2012.
9. Komunikacja interpersonalna. <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/komunikacja-interpersonalna;3924681.html> [dostęp 15.12.2018].
10. Motyka H. Komunikacja interpersonalna w opiece medycznej. *Med Rodz* 2010;4:124–128.
11. Motyka M. Komunikacja terapeutyczna w piece ogólnomedycznej. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2011.
12. Motyka M. Znaczenie komunikacji terapeutycznej z pacjentem. *Sztuka Leczenia* 2013;3–4:17–24.
13. Nęcki Z. Komunikacja interpersonalna. Kraków: Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu; 1996.
14. Olejniczak M, Michowska M, Basińska K. Opinie studentów Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego na temat przestrzegania praw pacjenta w czasie odbywania zajęć klinicznych. *Ann Acad Med Gedan* 2011;41:79–87.
15. Stangierska I, Horst-Sikorska W. Ogólne zasady komunikacji między pacjentem a lekarzem. *Forum Med Rodz* 2007;1(1): 58–68.
16. Ustawa z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. *Dz. U.* 1995 nr 138 poz. 682.
17. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. *Dz. U.* 1997 Nr 28 poz. 152.
18. Zembala A. Modele komunikacyjne w relacjach lekarz– pacjent. *35Zesz Nauk Tow Doktor UJ Nauki Ścisłe* 2015;11(2): 35–50.